

10 Cas d'Hystérectomie de Beuttner

Etude clinique et histologique.

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Chouli ALADJEMOFF
de Widin (Bulgarie)

Médecin diplômé de l'Université de Genève.

Ancien premier assistant à l'Institut de Physiologie de l'Université de Genève.

Ancien assistant du Professeur Rollier à Leysin,

Assistant à la Clinique gynécologique et obstétricale de
l'Université de Genève



NEWYORK ACADEMY
OF MEDICINE

MAR -5 1931

LIBRARY

GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

10 Cas d'Hystérectomie de Beuttner

Etude clinique et histologique.

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Chouli ALADJEMOFF

de Widin (Bulgarie)

Médecin diplômé de l'Université de Genève.

Ancien premier assistant à l'Institut de Physiologie de l'Université de Genève.

Ancien assistant du Professeur Rollier à Leysin.

Assistant à la Clinique gynécologique et obstétricale de
l'Université de Genève



GENÈVE

IMPRIMERIE DU COMMERCE, BOULEVARD CARL-VOGT, 79

1929

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
Monsieur le Prof. R. DE SEIGNEUX, autorise l'impression
de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion
sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 21 décembre 1929.

Le Doyen :

Dr M. ROCH

*A mes chers parents
et à mon cher frère.*

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude et reconnaissance à celui qui a été notre cher maître, Prof. O. BEUTTNER pour l'intérêt constant qu'il a témoigné pendant nos années d'études et pour les bienveillantes directives données pour la rédaction de la présente thèse.

Nous remercions aussi Monsieur le Dr d'ERNST, médecin-adjoint de la Clinique gynécologique de Genève, et Monsieur le Dr MOLOFF, chef du laboratoire de la Maternité, qui par leurs conseils nous ont facilités et guidés dans l'élaboration de ce travail.

I. INTRODUCTION.

Le chirurgien se trouve devant de grosses difficultés lorsqu'il doit proposer un traitement pour une annexite chronique bilatérale à une femme relativement jeune, précédemment traitée par les méthodes conservatrices.

S'il conseille un traitement chirurgical radical (hystérectomie subtotale) il se bute dès le début en général à la résistance de la malade qui refuse souvent l'intervention. D'autre part, le chirurgien soucieux du résultat éloigné de l'intervention et connaissant les troubles physiologiques et psychiques dûs à la suppression de la sécrétion interne des ovaires extirpés et à l'instauration de la ménopause précoce, recule parfois souvent lui-même devant un procédé par trop radical.

D'autre part, s'il se décide à faire une intervention conservatrice (salpingectomie unilatérale, avec annexectomie de l'autre côté) en conservant l'utérus en entier, le ou les ovaires sains et la partie interstitielle des trompes avec les cornes utérines, le but de l'intervention n'est pas non plus atteint.

En effet, dans ce cas la conservation de la menstruation est assurée, mais les parties lésées de la trompe interstitielle ou les cornes utérines qui dans la majorité de cas sont aussi malades, peuvent être le point de départ ou la continuation de l'infection primitive. Et dans ce cas malgré l'intervention la malade n'est la plupart du temps que soulagée provisoirement, mais pas guérie.

C'est le Professeur BEUTTNER, notre regretté maître, qui a résolu ce problème difficile en créant sa méthode de l'hystérectomie fundique.

Il a exposé pour la première fois à ses élèves son procédé le 22 I. 1908.

Cette méthode tout en étant radicale, conserve la plus grande partie de la muqueuse utérine, les ovaires ou une partie du tissu ovarique sain et de cette façon assure une menstruation régulière et normale.

Nous nous proposons d'exposer ici les différents temps de la technique adoptée, et les indications opératoires ; nous ferons ensuite l'exposé des 10 derniers cas opérés à la Clinique Gynécologique de Genève (N^o 101-110) et l'examen histologique des organes extirpés.

II.

Voici tout d'abord, d'après la thèse du Dr d'ERNST, médecin-adjoint de la Maternité, quels sont les différents temps de la technique opératoire de l'hystérectomie fundique de BEUTTNER.

1^o Laparatomie, de préférence transversale. Inspection minutieuse du situs abdominal, de l'utérus et des annexes. Pose de l'indication du procédé opératoire.

2^o Ligature préventive bilatérale des artères utérines et utéro-ovariques.

3^o Excision cuéniforme du fond de l'utérus et hémisection de ce fond.

4^o Fermeture de l'utérus.

5^o Extirpation des trompes et éventuellement d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire malade.

6^o Péritonisation, séro-séreuse, comprenant :

a) Fermeture du Ligament large du mésosalpinx.

b) Fixation du péritoine vésical ou du péritoine pariétal sur le fond de l'utérus.

7^o Fermeture de l'abdomen.

Les indications opératoires sont au nombre de trois :

1^o Age relativement jeune de la malade.

2^o Possibilité de conserver du tissu ovarique sain.

3^o Bilatéralité des lésions tubaires.

III. — Résumé des observations et descriptions macroscopiques et histologiques des organes extirpés dans les cas 101 à 110.

Cas 101. Obs. 41/1929. M^{me} A. M.

Anamnèse. Malade âgée de 31 ans ; a depuis deux années et demi des douleurs dans la fosse iliaque droite et dans le dos. En 1926 elle a eu des métrorragies. Depuis une année a des douleurs pendant les rapports et le dernier mois des pertes blanches. La malade entre dans notre service le 30 I. 1929.

Status d'entrée. Toucher : Utérus un peu refoulé à gauche. A droite et dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur mobile du volume d'une mandarine, un peu sensible.

Diagnostic. Annexite et kyste de l'ovaire droit.

Traitement. Opération le 19 II. 1929. Laparatomie transversale selon Rabin-Küstner et Pfannenstiel.

Situs. Utérus augmenté de volume comme une grossesse de deux mois. La trompe droite chemine depuis la corne utérine perpendiculairement dans la profondeur, parallèlement au bord utérin droit : Elle est épaissie comme un petit doigt et plissée. Son extrémité est adhérente dans la profondeur au feuillet postérieur du ligament large et à la face postérieure. L'ovaire droit est normal. La trompe gauche descend également dans la profondeur le long du bord utérin gauche derrière l'utérus et le ligament large. Elle est également gonflée à son extrémité comme un petit doigt et fixée. Elle est aussi adhérente à la paroi postérieure de l'utérus et à des anses intestinales grêles. L'ovaire gauche est normal.

Devant cette situation, on décide une opération Beuttner.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce opératoire provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus réséqué en coin et des deux trompes.

Le fond de l'utérus mesure 2 1/2 cm. d'une trompe à l'autre, 2 cm. de haut en bas et 2 cm. d'en avant en arrière. La séreuse est lisse.

La trompe gauche, longue de 8 cm., s'épaissit en massue vers le bout distal où elle mesure 15 mm. d'épaisseur. Le pavillon est invisible, le bout distal étant oblitéré. Quelques adhérences fibreuses à la surface de la trompe.

La trompe droite mesure 7 $\frac{1}{2}$ cm. de longueur, elle est épaissie dans toute son étendue, surtout dans la moitié externe où elle a un diamètre de 14 mm. Le bout distal est oblitéré. La séreuse de la trompe est couverte d'adhérences fibreuses.

Description histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

- a) Muqueuse : normale.
- b) Musculature : normale.
- c) Séreuse : épaissie par places ; la couche endothéliale est disquamée.

B) TROMPE GAUCHE.

1^o Partie interstitielle.

a) Muqueuse : les franges et leur épithélium de revêtement ne présentent rien de particulier.

b) Couche musculaire longitudinale : par place infiltrée de lymphocytes. La couche musculaire circulaire présente également une infiltration lymphocytaire qui, par places, forme de petites nodules. Dans la musculature de la corne utérine, on ne trouve rien de particulier.

c) Séreuse : épaissie par places et infiltrées de lymphocytes. Dans quelques vaisseaux de petits calibres, on trouve des thrombus calcifiés.

2^o Partie isthmique.

a) Muqueuse : l'épithélium des franges ne présente rien de particulier. Dans le stroma, phénomène de congestion assez marqués et forte infiltration d'éléments mobiles avec éosinophilie nette, et de cellules plasmatiques. Dans la lumière tubaire, on voit un peu de sécrétion purulente.

b) Musculature : fortement infiltrée de polinucléaires à prédominance d'éosinophiles. Congestion intense de toute la paroi de la trompe.

c) Séreuse : en dehors des quelques rares adhérences fibreuses filiformes, elle ne présente rien de spécial.

Dans la région ampullaire les franges sont fortement épaissies et infiltrées d'éléments mobiles. L'épithélium de revêtement est en grande partie disquamé.

C) TROMPE DROITE.

1^o Partie interstitielle.

a) Muqueuse : l'épithélium des franges est intact. Le stroma est assez fortement infiltré d'éléments mobiles avec éosinophilie nette.

b) et c) Musculature et séreuse : comme à gauche.

2^o Partie isthmique.

a) Muqueuse : les franges épaissies et soudées entre elles forment des pseudokystes remplis de sécrétion purulente. Stroma : très fortement infiltré d'éléments mobiles qui ont le même caractère qu'à gauche et qui forment par places de petits abcès milières.

Séreuse : quelques rares nodules inflammatoires disséminés et quelques adhérences fibreuses de la surface, infiltrées d'éléments mobiles.

Diagnostic anatomo pathologique : Périsalpingite chronique bilatérale. Endosalpingite et salpingite pariétale chronique avec poussée aiguë bilatérale. Endosalpingite purulente à droite.

Cas 102. — Obs. 134/29. M^{me} R. R.

Anamnèse. Malade âgée de 19 ans.

Depuis le début de mois de mars 1922, elle sent de petites douleurs dans la fosse iliaque droite. Les douleurs disparaissent par le repos, mais vers la fin du mois de mars, elles deviennent continues. La malade n'a pas eu ni de brûlures, ni de troubles à la miction. Les selles sont régulières. La malade entre dans notre service le 8 IV. 1929.

Status d'entrée. L'abdomen est légèrement augmenté de volume. On sent dans la fosse iliaque droite une tuméfaction comme une tête fœtale, indolore, élastique et lisse, située à droite de la ligne médiane. Matité de la tumeur décrite. Toucher : Utérus sinistroposé, en antéversion-antéflexion, petit. Du côté droit on sent une tumeur du volume d'une tête de nouveau-né, indolore, élastique, arrivant à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic, pédiculée sur le bord droit de l'utérus. Annexes gauches normales.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire droit.

Traitement : Opération le 11 IV. 1929. Laparatomie transversale selon Rapin-Küstner-Pfannenstiël.

Situs : A gauche la trompe est sinueuse, épaissie, fermée, et légèrement fixée dans la profondeur. L'ovaire est entouré d'adhérences fibreuses de périophorite, mais il peut être facilement libéré.

A droite : volumineuse tumeur annexielle, kystique de la grandeur d'une orange qui paraît être intra-ligamentaire, tout le péritoine pariétal, les annexes, l'appendice et des intestins sont parsemés de granulations.

On incise le feuillet antérieur du ligament large droit ; en voulant d'écortiquer le kyste, il éclate et laisse écouler un liquide jaune citron.

Devant cette situation et vu la possibilité de conserver l'ovaire gauche, on décide de faire une hystérectomie de Beuttner.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus, de la trompe gauche et des annexes droites. Le fond de l'utérus mesure 3 cm. d'une trompe à l'autre. 3¹/₂ d'avant en arrière et 2 cm. de haut en bas. La séreuse et couverte d'adhérences fibreuses et d'une épaisse adhérence épiploïque.

La trompe gauche sinueuse est longue de 3¹/₂ cm. et épaisse de 2¹/₂ cm. en moyenne. Elle est couverte d'adhérences fibreuses. Les franges du pavillon sont agglutinées dans des adhérences.

La trompe droite fortement recourbée en bas et en arrière, se perd, après un parcours de 3 cm², dans la paroi d'une formation kystique de la grosseur d'une orange, située dans l'épaisseur du ligament large, entre la trompe et l'ovaire. Cette formation a été déchiquetée à l'opération. Sa surface antérieure est mamelonnée, de coloration jaunâtre. Le pavillon de la trompe fait saillie dans la lumière kystique, il est oblitéré.

L'ovaire droit, accolé à la tumeur kystique mesure 4¹/₂ cm. sur 2. Sa surface est lisse, bleuâtre, nacrée. A la coupe, quelques petits kystes et un corps jaune récent.

Descriptions histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

a) Muqueuse: Riche en stroma et pauvre en glandes; celles-ci sont normales. Elles contiennent une grande quantité de tubercules typiques, isolés ou conglomérés. Stroma très fortement infiltré de lymphocytes.

b) Musculature: normale.

c) Séreuse par places épaissie avec de nombreuses adhérences fibreuses à sa surface.

B) TROMPE GAUCHE.

1° *Partie interstitielle:*

a) et b) Muqueuse et musculature normales.

c) Séreuse: épaissie avec adhérences fibreuses.

2° *Partie isthmique:*

a) Muqueuse: Les franges sont soudées entre elles de sorte que la lumière tubaire (1 mm. de diamètre) est remplacée par une multitude de petits pseudokystes. L'épithélium endosalpingien tapissant les

pseudokytes, existe partout et a conservé souvent ses cils vibratils. Le stroma des franges ne présente aucune infiltration.

b) Musculature : normale.

c) Séreuse : par places épaissie et infiltrée de lymphocytes. Dans le ligament large, au niveau de l'insertion tubaire, on découvre des tubercules typiques conglomérés ou isolés. On y trouve aussi une grande quantité de formations épithéliales, pleines ou tubulaires (restes embryonnaires).

C) TROMPE DROITE.

1° *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse : Franges épaissies, fortement infiltrées de lymphocytes et contenant quelques tubercules typiques. A la surface des franges, l'épithélium manque par places.

b) Musculature : infiltration lymphocytaire nodulaire, sans tubercules. La musculature de la corne utérine est normale.

c) Séreuse : épaissie, non infiltrée et couverte d'adhérences fibreuses.

2° *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : franges boursoufflées et soudées à leur base, formant une grande quantité de pseudokystes. L'épithélium est en grande partie conservé. Le stroma infiltré d'une grande quantité de jeunes tubercules sans cellules géantes.

b) Musculature : Légère infiltration lymphocytaire diffuse et nodulaires.

c) Séreuse : épaissie et contient de rares jeunes tubercules.

D) OVAIRE.

Ne présente rien de spécial.

La formation kystique située dans le ligament large entre la trompe et l'ovaire est un kyste parovarique dont la paroi contient une grande quantité de tubercules isolés.

Diagnostic anatomo-pathologique. Péritonite, salpingite, périsalpingite et endométrite tuberculeuses.

Cas 103. — Obs. 89/29 M^{me} N. R.

Anamnèse : Malade âgée de 29 ans. Ne présente rien de particulier dans ces antécédents héréditaires et personnels. Réglée à l'âge de 16 ans. Règles régulières, peu abondantes et indolores, 4—5 jour. Entre les règles, un peu de pertes peu abondantes. En 1924, la malade a eu une affection blennorrhagique traitée. Depuis ce moment, la leucorrhée est très abondante. En 1928, la malade a eu une

nouvelle affection blennorrhagique avec des pertes verdâtres abondantes, une urétrite et une bartholinite qu'on incise à la polyclinique. Comme la malade avait des symptômes de pelvipéritonite, elle entre dans notre service, où on constate une annexite double avec paramétrite postérieure. Elle reste dans notre service du 17 II. 1928 au 13 VI. 1929. La malade a eu un avortement provoqué et cureté de deux mois en 1926. En 1927, fausse-couche spontanée de deux mois, sans curetage.

Status avant l'opération: Col en légère rétroversion, la lèvre antérieure est un peu épaissie. L'orifice externe présente une fente transversale; il est fermé. Le corps de l'utérus est en antéflexion, non augmenté de volume. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on trouve une tumeur annexielle comme un œuf de poule, non sensible, un peu mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent, accolée à l'utérus une tumeur annexielle grosse comme une noix.

Diagnostic: annexite double.

Opération le 17 IV. 1929. Laparatomie longitudinale.

Situs: L'abdomen ouvert, on constate des adhérences de l'épiploon avec la trompe droite et le ligament rond droit. On coupe les adhérences après ligature au catgut. Utérus fortement poussé à droite en antéflexion. A gauche, on voit une tumeur rétroligamentaire de la grosseur d'une mandarine et une adhérence de l'épiploon avec le péritoine pariétal antérieur. L'appendice adhère au feillet postérieur du ligament large droit. On le libère. Trompe droite sinueuse, fixée sur la face postérieure de l'utérus par des adhérences en toiles d'araignée. Elle descend dans la profondeur du bassin où elle est fixée. L'ovaire droit paraît normal. L'ance sigmoïde adhère à la face postérieure de la tumeur rétroligamentaire. Devant cette situation, on décide de faire une hystérectomie de Beuttnier.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce opératoire provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttnier et se compose du fond de l'utérus, de la trompe droite, des annexes gauche et de l'appendice.

Le fond de l'utérus mesure 4 cm. d'une trompe à l'autre, 1 1/2 cm. de haut en bas et 3 1/2 cm. d'avant en arrière. La séreuse est lisse, sauf au niveau de la corne droite qui est couverte d'adhérences fibreuses.

La trompe gauche, longue de 9 cm. s'épaissit en massue vers le bout distal où elle mesure 17 mm. de diamètre. Elle est couverte d'adhérences fibreuses. Le bout distal est oblitéré et soudé à l'ovaire.

L'ovaire gauche forme une tumeur sphérique ayant un diamètre de 4 1/2 cm. couverte d'adhérences fibreuses. A la coupe, il existe au centre de l'ovaire un kyste de la grosseur d'une noix, contenant des caillots sanguins.

La trompe droite, long de 10 cm. est épaisse, en moyenne de 9 mm. et recouverte d'adhérences fibreuses. Le bout distal est oblitéré. Près de la région ampulaire, il existe une petite trompe accessoire. L'appendice est long de 7 1/2 cm. et épais de 8 mm. La séreuse n'est pas lisse, elle porte quelques adhérences et des aspérités granuleuses.

Description histologique des organes extirpés.

A) UTERUS (partie médiane).

a) Muqueuse : passablement épaissie (4 mm. d'épaisseur) et très riche en stroma, infiltré d'éléments mobiles à prédominance de l'ymphocytes. Cette infiltration est surtout abondante à la surface de la muqueuse où elle forme par endroits des nodules. Les glandes relativement peu abondantes sont étroites et le plus souvent rectilignes, très rarement sinueuses.

b) Musculature : Légère infiltration lymphocytaires dans les espaces interfasciculaires.

c) Séreuse : Normale.

B) TROMPE DROITE.

1° *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse. L'épithélium des franges est intact. Dans le stroma et le chorion, passablement épaissi, abondante infiltration lymphocytaire diffuse et nodulaire.

b) Musculature. Dans la couche musculaire de la trompe on retrouve la même infiltration que dans la muqueuse. Elle existe également, mais très fortement atténuée dans la musculature de la corne utérine.

c) Séreuse : Par place, épaissie. Adhérences fibreuses à la surface.

2° *Partie isthmique.*

a) Muqueuse. L'épithélium des franges est conservé. Celles-ci sont, par places, épaissies. Leur stroma est infiltré d'éléments mobiles à prédominance lymphocytaire. Cette infiltration forme dans le chorion de la muqueuse de gros nodules.

b) Musculature. Abondante infiltration lymphocytaire et plasmocytaire, diffuse et nodulaire.

c) Séreuse. Passablement épaissie et riche en adhérences. Elle présente la même infiltration que ci-dessus.

C) TROMPE GAUCHE.

1^o *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse. Franges courtes, souvent dépourvue d'épithélium. Stroma et chorion épaissis et infiltrés d'éléments mobiles à prédominance de polynucléaires.

b) Musculature : Elle présente le même caractère histologique que la musculature de la trompe droite. La musculature de la corne utérine également,

c) Séreuse : Normale.

2^o *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : Les franges sont boursoufflées, soudées à leur base et très fortement infiltrées d'éléments mobiles : à prédominance de polynucléaires qui, sur certains points, forment nettement des abcès miliaires.

b) Musculature : La paroi tubaire passablement épaissie présente la même infiltration que ci-dessus, diffuse et nodulaire avec par places des abcès miliaires.

c) Séreuse : par places, épaissie et couverte d'adhérences nombreuses. Elle est également infiltrée comme ci-dessus, mais moins fortement et sans abcès.

D) OVAIRE GAUCHE.

L'ovaire gauche soudé à la trompe et, au voisinage de celle-ci infiltré d'éléments mobiles à prédominance de polynucléaires. Plus loin, il est presque normal et contient un petit kyste du corps jaune.

Diagnostic anatomo-pathologique. Endométrite interstitielle : métrite chronique. Salpingite et périsalpingite chronique gauche avec poussée aiguë purulante. Oophorite chronique partielle gauche avec poussée aiguë. Salpingite et perisalpingite chroniques droites.

Cas 104. Obs. 144/29. Mme V. I.

Anamnèse. Malade âgée de 24 ans ; ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Réglée à l'âge de 12 ans, règles régulières, abondantes et très douloureuses. Durée 4—5 jours. En 1928, la malade a eu un avortement de six mois avec curetage. Elle a de la leucorrhée très abondante depuis ce moment. Un mois après l'avortement, la malade a de très fortes douleurs abdominales pendant les règles, qui durent 8 jours au lieu de 5. Les douleurs

augmentent et persistent même entre les règles. En mars 1929, elle est traitée à la Polyclinique. Comme les douleurs augmentent encore et que la malade ne peut plus travailler, elle entre dans notre service le 13 IV. 1919. Elle a eu des brûlures à la mixtion, de la pollakiurie, noctyurie et de la pyurie depuis un mois. La leucorrhée a beaucoup augmenté. Elle est constipée, jamais de vomissements.

Status d'entrée. L'abdomen est très sensible à la pression.

Toucher : Col normal. Corps en antéflexion, gros et sensible. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une tumeur très sensible du volume d'une orange, arrondie, légèrement mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une petite résistance, difficile à délimiter, sensible.

Diagnostic : Annexite double.

Status avant l'opération. Toucher : Col en rétroversion. Corps en antéflexion, pas augmenté de volume, de surface un peu irrégulière. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une toute petite résistance, bien délimitée, insensible. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une tumeur annexielle, comme un œuf de poule, légèrement mobile, un peu sensible.

Diagnostic. Annexite bilatérale. Traitement opératoire.

Opération le 1^{er} V. 1929. Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Situs : l'utérus est augmenté de volume, comme une grossesse de deux mois, en rétroversion, dévié à droite. La corne utérine gauche est recouverte par la vessie, qui est adhérente à la face supérieure, et postérieure de l'utérus et qui a contracté des adhérences avec des appendices épiploïques de l'anse sigmoïde et la vessie, accolées l'une à l'autre. Après refoulement de la vessie, et de l'anse sigmoïde, on constate les annexes gauches qui forment une tumeur ayant contracté de fortes adhérences avec la paroi latérale de l'utérus, le feuillet postérieur du ligament large, le péritoine du Douglas, la paroi latérale gauche du bassin et l'anse sigmoïde. L'ovaire gauche est compris dans cette tumeur et ne pourra pas être conservé.

La trompe droite descend verticalement dans le Douglas où elle est adhérente. Elle recouvre l'ovaire droit qui se trouve accolé à la face latérale droite de l'utérus, où il est adhérent (périoopharite). Après avoir décollé la trompe de l'ovaire, auquel elle est adhérente, on constate que l'ovaire droit pourra être conservé. Devant ce status, on décide de faire une hystérectomie de Beutner avec conservation de l'ovaire droit.

Description macroscopiques des organes extirpés.

La pièce opératoire provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus extirpé en coin, des annexes gauches et de la trompe droite.

Le fond de l'utérus mesure 3 1/2 cm. d'une trompe à l'autre. 4 1/2 cm. d'avant en arrière et 2 1/2 de haut en bas. La séreuse de la face postérieure de l'utérus et la région de la corne utérine gauche sont recouvertes d'adhérences fibreuses. Il existe également d'épaisses adhérences épiploïques au niveau de la corne gauche. La trompe droite longue de 8 cm. présente un renflement sphérique de la grosseur d'une noisette, au niveau de son insertion utérine. Elle est épaisse en moyenne de 9 mm. et couverte d'adhérences fibreuses. Le pavillon est bien développé, libre; l'ostium abdominal est perméable.

La trompe gauche, longue de 9 1/2 cm. est épaisse en moyenne de 12 mm. Elle est couverte d'adhérences fibreuses et soudée à son bout distal à l'ovaire.

L'ovaire gauche forme une tumeur kystique de la grosseur d'une mandarine. Elle est couverte d'adhérences épaisses et soudée à la trompe.

Examen histologique des organes extirpés.

A) FOND UTÉRIN (partie médiane).

a) Muqueuse : légèrement épaissie. Le stroma est assez fortement infiltré d'éléments mobiles à prédominance lymphocytaire. Cette infiltration est marquée surtout dans la couche superficielle où on trouve des nodules lymphocytaires. Les glandes utérines sont normales.

b) Musculature : fortement épaissie avec des faisceaux musculaires riches en substance musculaire hyaline et pauvre en noyaux. Le tissu conjonctif interfasciculaire est infiltré de lymphocytes et de plasmocytes. Au milieu de cette infiltration, on trouve quelques cellules géantes. Dans la colonne sanguine, il existe une polynucléose avec forte éosinophilie.

c) Séreuse : très fortement épaissie et infiltrée de mêmes éléments que ci-dessus. Par places, elle porte des adhérences fibreuses.

B) TROMPE GAUCHE.

1^o Partie interstitielle.

a) Muqueuse : L'épithélium des franges est par places disquamé; leur stroma est très fortement infiltré d'éléments mobiles à prédominance de lymphocytes qui, par places, forment des nodules, au centre desquelles on découvre des cellules épithéloïdes et des cellules géantes.

b) Musculature tubaire : fortement infiltrée d'éléments mobiles (polynucléaires, lymphocytes et plasmocytes) avec une forte éosinophilie. Il existe également de nombreux jeunes tubercules avec ou sans cellules géantes. — La musculature de la corne utérine présente les mêmes caractères que celle de la trompe.

c) Séreuse : épaissie, porte des adhérences fibreuses et épiploïques; dans lesquelles se trouve une infiltration, semblable à celle décrite ci-dessus.

2^o Partie isthmique.

Muqueuse : les franges sont boursoufflées, leur épithélium est en partie desquamé. Le stroma a les mêmes caractères que celui de la partie interstitielle.

b) Musculature : épaissie et fortement infiltrée d'éléments mobiles en nappe ou en nodules, sans cellules géantes, ni cellules épithéloïdes.

c) Séreuse : épaissie avec adhérences et avec la même infiltration comme celle décrite ci-dessus.

c) TROMPE DROITE.

1^o Partie interstitielle.

a) Muqueuse : Les mêmes caractères qu'à gauche.

b) et c) Musculature et séreuse : également comme à gauche, mais avec une moindre infiltration et absence de tubercules.

2^o Partie isthmique.

Muqueuse : les franges, dont l'épithélium est souvent desquamé, sont fortement infiltrées d'éléments mobiles en nappe.

b) Musculature : Elle est également infiltrée et présente en outre plusieurs abcès assez volumineux, dont le plus gros a 4 mm. de diamètre.

c) Séreuse : comme dans la partie interstitielle.

D) OVAIRE.

L'ovaire ne présente rien de spécial dans son parenchyme. La surface est couverte d'adhérences épaisses, infiltrées d'éléments mobiles à prédominance lymphocytaire et plasmocytaire. Il porte en outre un assez volumineux kyste du corps jaune.

Diagnostic anatomo-pathologique ..

Endométrite et métrite chronique, avec tuberculose utérine.

Périsalpingite, salpingite et périophorite chroniques gauches avec tuberculose salpingienne.

Périsalpingite et salpingite chroniques droites avec poussée aiguë purulente.

Péριοοphorite et kyste du corps jaune droit.

Cas 105. Obs. 195/29. M^{me} A. C.

Anamnèse. Malade âgée de 33 ans. Le père a une tuberculose pulmonaire. Elle-même a eu l'appendicite avec un abcès pérityphlique en 1927, non opérée. Régée à l'âge de 15 ans. Règles régulières et normales. Pas de leucorrhée. La malade a eu un avortement spontané en 1928.

En 1927, la malade est soignée pour un abcès pérityphlique. On lui a conseillé l'opération à froid après trois ou quatre mois, mais elle l'a refusée. Depuis ce moment, elle a des crises toutes les deux, trois semaines, sous forme de nausées, migraines, vomissements bilieux et évanouissements. Rarement elle a des tiraillements dans la région appendiculaire. L'abdomen est indolore partout ailleurs. Depuis deux mois, ces crises se répètent tous les huit jours, et la malade doit rester au lit et vomit tout ce qu'elle mange. De faibles douleurs dans la fosse iliaque droite apparaissent. Elle entre dans notre service le 20 mai 1929 pour rétroversion, métrite, annexite et appendicite.

Status d'entrée: Abdomen plat et insensible. Pas de tumeur palpable.

Toucher : Col en rétroversion. Corps en rétroflexion, fixé. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une résistance comme un pruneau, sensible. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent aussi une résistance allongée et sensible. Le Dougias est sensible. La région du ligament utéro-sacré est fortement infiltrée.

Diagnostic. Annexite double, métrite. Traitement : Diathermie.

Status avant l'opération: 15 VI. 1929. Col en rétroversion. Corps en rétroflexion, fixé. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une petite résistance, non sensible, pas de résistance dans le cul-de-sac latéral droit, ni de la sensibilité dans le Dougias.

Diagnostic: Annexite gauche, rétroversion, rétroflexion.

Le 19 VI. 1929, on opère la malade.

Laparatomie transversale, selon RAPIN-KÜSTNER-PFANNENSTIEL.

Situs : Utérus en légère rétroflexion, de volume normal. Les annexes gauches plongent dans la profondeur. Avec la main introduite dans le petit bassin, on constate qu'elles sont adhérentes au feuillet postérieur du ligament large gauche et au bord de l'utérus. La trompe gauche est fermée à son extrémité abdominale, épaissie en forme de

massue, comme un gros crayon, accolée fortement à l'ovaire par des adhérences.

L'ovaire gauche est un peu augmenté de volume mais il peut être conservé.

Les annexes droites plongent également dans la profondeur où elles sont adhérentes au feuillet postérieur du ligament large. On les détache en sectionnant les adhérences avec quelques coups de ciseaux.

La trompe droite est également épaissie en forme de massue, fermée à son extrémité, grosse comme un petit doigt et fortement accolée à l'ovaire.

L'ovaire lui-même, est augmenté de volume, comme une grosse noix, kystique.

Devant ce situs, on décide de faire une hystérectomie de Beuttner avec conservation de l'ovaire gauche.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus, des annexes droites et de la trompe gauche.

Le fond de l'utérus mesure $3\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre $1\frac{3}{4}$ cm. d'avant en arrière et 2 cm. de haut en bas. La séreuse est couverte d'adhérences fibreuses, surtout au niveau de la ligne médiane.

La trompe gauche, longue de 9 cm., mince et sinueuse, est couverte d'adhérences membraniformes, surtout dans la région ampullaire. Le pavillon est libre, l'ostium abdominal est perméable.

La trompe droite, longue de 8 cm., mince et sinueuse, comme la gauche, est soudée à son bout distal à l'ovaire. Il existe à ce niveau une grande quantité d'adhérences membraniformes. Le pavillon est libre et perméable.

L'ovaire droit, globuleux, de la grosseur d'une noix, bosselé et couvert d'adhérences membraniformes. A la coupe, nombreux petits kystes à contenu hématique.

Examen histologique des organes extirpés.

A) FOND UTÉRIN (partie médiane).

a) Muqueuse: épaissie avec quelques rares nodules lymphocitaires dans le stroma. Les glandes sont généralement étroites et rectilignes, rarement sinueuses ou légèrement dilatées, ou présentant des invaginations.

b) Musculature : normale.

c) Séreuse : Fortement épaissie et couverte, par place, d'adhérences fibreuses.

B) TROMPE GAUCHE.

1^o *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse : Franges normales.

b) Musculature : tubaire et de la corne utérine normales.

c) Séreuse : épaissie et présente par places de nombreuses adhérences fibreuses.

2^o *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : Les franges sont très fortement arborescentes, leur épithélium est normal.

b et c) La paroi tubaire est congestionnée.

C) TROMPE DROITE.

1^o *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse : Même caractères histopathologiques qu'à gauche.

2^o *Partie isthmique.*

Comme à gauche.

D) OVAIRE DROIT.

L'ovaire est riche en petits kyste atrésiques et porte deux petits kystes du corps jaune.

Diagnostic : périmétrite, périsalpingite bilatérale, perioophorite droite.

Cas 106. Obs. 222/29. Mme S. J.

Anamnèse : Malade, âgée de 30 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires et personnels. Régulée à l'âge de 12 ans. Règles régulières et normales. Pas de leucorrhée. Dernières règles le 13 mars 1929.

Au mois d'avril, la malade commence à avoir des douleurs dans le bas ventre à droite. Les douleurs augmentent de plus en plus. Au mois de mai 1929, la malade a eu des règles à la date prévue, mais cette fois, elles étaient très douloureuses. La douleur était localisée surtout à la fosse iliaque droite; elle a eu aussi des évanouissements. Le médecin consulté trouve une sensibilité dans le cul-de-sac droit, mais pas de tuméfaction. Température 37,7. A la fin de mai, la cliente perd de nouveau pendant une semaine. Elle a de très fortes douleurs

à la fosse iliaque droite, des vomissements, des évanouissements et des migraines. Le médecin consulté constate une tuméfaction annexielle droite. Température 37,5. Le 5 juin, la malade a une nouvelle crise de douleurs extrêmement violente et des vomissements. Jamais de douleurs aux épaules.

Dans le bas-ventre, apparaît une grosseur qui atteint l'ombilic. Le médecin pense à une grossesse extra-utérine. La malade entre dans notre service le 11 juin 1919.

Status d'entrée : L'abdomen est augmenté dans la partie sous-ombilicale. On remarque surtout une voussure dans la fosse iliaque droite. Dans la région sous-ombilicale, on sent une tumeur qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, qui est plus développée du côté droit où elle occupe toute la fosse iliaque, et qui se propage moins dans la fosse iliaque gauche. Les deux parties gauche et droite sont séparées l'une de l'autre par un sillon. La consistance est dure en partie élastique. Matité sur la tumeur.

Toucher : Périnée normal. Vulve pas cyanosée, signe de Labhart négatif. Vagin normal. Col long métritique, un peu repoussé à gauche, et en avant de la ligne interspinale. Corps en antéflexion, semble rigide. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent une grosse résistance de surface irrégulière, en relation avec une tumeur abdominale qui va à droite de la ligne médiane à l' hauteur de l'ombilic, de forme arrondie, élastique, dure. Dans le Douglas, on sent également une résistance irrégulière. Le cul-de-sac latéral gauche est libre.

Diagnostic : Kyste de l'ovaire, peut-être intraligamentaire.

Le 27 VI. 1929 on opère la malade. Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Situs : L'abdomen ouvert, on voit l'épiploon qui couvre dans la moitié droite du petit bassin une tumeur annexielle kystique, probablement un hydrosalpinx. On sectionne l'épiploon sur deux pinces de Kocher. La tumeur sous-jacente est noirâtre et accolé à la corne utérine droite, au bord latéral de l'utérus au feuillet postérieur du ligament large droit, et au péritoine pariétal, latéral, antérieur et postérieur du petit bassin. L'utérus est fortement repoussé à gauche. La trompe gauche est transformée en hydrosalpinx, épaissie à son extrémité en massue, grosse comme un pouce. L'ovaire gauche paraît normal. L'anse sigmoïde est adhérente sur la face postérieure de l'utérus et de la tumeur droite. Une anse de l'intestin grêle est également adhérente sur la tumeur droite. L'ovaire droit est invisible dans la tumeur.

Vu l'état des annexes gauches on décide à faire une opération Beutner, avec conservation des deux ovaires.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus, de la trompe droite, et de la trompe gauche. Le fond de l'utérus mesure 3 cm. d'une trompe à l'autre, 1 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière, et 2 $\frac{1}{4}$ cm. de haut en bas.

La trompe gauche, longue de 7 cm. s'épaissit en massue à son bout distal qui est recourbé en forme de corne et mesure 1 $\frac{1}{2}$ cm. de diamètre. Le bout distal est oblitéré. Il existe quelques adhérences fibreuses sur la séreuse tubaire.

La trompe droite forme une tumeur irrégulière de la grosseur d'un poing d'homme, couverte d'épaisses adhérences fibreuses et fibro-neuses. Cette tumeur est fortement déchiquetée à sa partie supérieure où on voit des caillots sanguins, plus ou moins anciens, adhérents à d'épais lambeaux de membranes hémorragiques et de fragments épiploïques. Au milieu de ces masses on aperçoit la lumière de la trompe fortement élargie, formant une cupule mesurant à peu près 3 $\frac{1}{2}$ cm. de diamètre.

Examen histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

a) Muqueuse : légèrement œdématiée avec des glandes normales. Dans le stroma, on trouve quelques rares modules lymphocytaires.

b) Musculature : normale.

c) Séreuse : fortement œdématiée.

B) TROMPE GAUCHE.

1^o *Partie interstitielle.*

A part la séreuse qui est fortement épaissie, œdématiée et infiltrée de lymphocytes, et de plasmocytes et qui porte des adhérences fibreuses on ne trouve rien de spécial dans les autres couches.

2^o *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : franges soudées par leur base, formant de nombreux pseudokystes. Oedème et congestion dans le stroma.

b) Musculature : fortement œdématiée et présente une légère infiltration de plasmocytes et lymphocytes.

c) Séreuse : épaissie avec adhérences fibreuses.

€) TROMPE DROITE:

1^o Partie interstitielle.

a) Muqueuse : normale.

b) Musculature tubaire : également. Dans la musculature de la corne utérine, on trouve quelques nodules lymphocytaires.

c) Séreuse : épaissie, œdématisée et couverte par endroits d'épaisses membranes fibrineuses, en grande partie organisées et contenant de l'hémossidérine.

2^o Partie isthmique.

a) Muqueuse : la lumière tubaire est fortement dilatée. Les franges sont soudées à leur base où il existe une grande quantité de pseudo-kystes. Dans le stroma, phénomènes de congestion.

b) Musculature : fortement épaissie avec faisceaux musculaires nettement hypertrophiés. Phénomènes d'œdème, de congestion et d'infiltration assez marqués d'éléments mobiles, diffus et nodulaires, à prédominance lymphocytaire.

c) Séreuse : couverte d'épaisses membranes fibrineuses, presque entièrement organisées et contenant une grande quantité d'hémossidérine.

Diagnostic : périmétrite chronique.

Salpingite, endosalpingite et périsalpingite chronique bilatérale.

Grossesse isthmique et avortement tubaire droit. Ancien hématome péri-tubaire.

Cas 107. Obs 306/29. M^{me} B. L.

Anamnèse : Malade âgée de 32 ans. Elle a eu, en 1922, une métrite avec leucorrhée, traitée pendant 5 semaines. Depuis une année, elle souffre de douleurs dans les reins, pendant et entre les règles, surtout après les efforts. Elle est toujours très constipée et après avoir été à selle, ressent des douleurs à l'anus.

Status d'entrée : 17 VII. 1929.

Toucher : Col dans la ligne interspinale, en antéversion, un peu dévié à gauche. Corps en antéflexion exagérée, petit. Dans la partie droite du Douglas, dans la région du ligament utéro-sacré droit, on sent une résistance arrondie, comme un œuf de poule, kystique, sensible. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent dans sa partie postérieure cette même résistance. La partie antérieure est souple. Dans le cul-de-sac latéral gauche une résistance, allongée, comme un crayon, un peu sensible.

Diagnostic : Utérus hypoplastique. Kyste de l'ovaire droit, prolabé dans le Douglas.

Le 18 VII. 1929, on opère la malade. Laparatomie longitudinale.

Situs : L'abdomen ouvert, on constate : l'utérus de volume normal en antéflexion. La trompe gauche chemine dans la profondeur, sur la face postérieure et gauche de l'utérus, où elle adhère. Elle s'épaissit vers son extrémité abdominale, comme un petit doigt. Elle est fermée. L'ovaire est de volume normal, entouré par des adhérences, collé à la trompe. La trompe droite chemine d'abord latéralement puis dans la profondeur, en contournant une tumeur bleuâtre, kystique, du volume d'un œuf de poule, rétroligamentaire, qui paraît être un kyste de l'ovaire. La trompe est également épaissie en masse, comme un pouce, adhérente dans la profondeur, fermée. Devant ce situs on décide de faire une opération Beuttner.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus, de la trompe gauche et des annexes droites.

Le fond de l'utérus mesure 3 1/2 cm. d'une trompe à l'autre, 2 1/2 cm. d'avant en arrière, et 2 cm. de haut en bas. La séreuse est lisse ; la muqueuse boursoufflée a 3 mm. d'épaisseur.

La trompe gauche, longue de 8 1/2 cm., est renflée en masse, vers son bout distal, où elle mesure 13 mm. d'épaisseur. Le bout distal est oblitéré.

La trompe droite, semblable à la gauche, est soudée par son bout distal à l'ovaire et porte à ce niveau un kyste sessile, translucide, de la grosseur d'une noisette.

L'ovaire droit à la forme et les dimensions d'un œuf de poule, à surface lisse et de coloration brun-rouge. A la coupe, il sagit d'un kyste à paroi mince, rempli de caillots sanguins.

Examen histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

a) Muqueuse. fortement épaissie, très riche en glandes allongées et sinueuses, à épithélium cylindrique haut, remplies de sécrétion. Dans le stroma, on trouve par places une légère infiltration lymphocytaire, formant quelques rares nodules dans la couche basale.

b et c) Musculature et séreuse : normales.

B) TROMPE GAUCHE.

1° *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse : normale.

b) Musculature : tubaire et de la corne utérine également.

c) Séreuse : par places, épaissie et œdématisée.

2° Partie isthmique.

a) Muqueuse : normale.

b) La paroi tubaire est légèrement infiltrée de lymphocytes. Sur un point de la surface, il existe un fragment d'une formation kystique, soudé à la trompe. Cette formation, de provenance ovarique, est à parois conjonctives, sans revêtement épithélial. Il s'agit probablement d'un ancien kyste du corps jaune.

c) Séreuse : également.

L'ovaire droit contient un gros kyste du corps jaune.

Diagnostic : Périssalpingite et salpingite pariétales, chroniques bilatérales.

Périoophorite et kyste du corps jaune de l'ovaire droit.

Cas 108. Obs. 346/29. M^{me} B. L.

Anamnèse : Malade âgée de 29 ans.

Depuis deux ans, elle a une très forte leucorrhée, traitée à domicile. En 1928, elle a été traitée pour une annexite bilatérale. En janvier et février 1929, aménorrhée. En mars, avril et mai 1929, les règles sont régulières. En juin, réglée le 20 juin. En juillet, réglée deux fois, dès le 4 pendant 4 jours et dès le 14 pendant 6 jours.

Depuis juillet elle souffre continuellement de maux de reins et, de temps à autre, de douleurs dans la fosse iliaque droite. La leucorrhée augmente.

Pas de trouble à la mixtion, ni à la défécation.

Entre dans notre service le 3 VIII. 1929.

Status d'entrée. Toucher : Col dans la ligne inter-spinale, en entéversion, dévié un peu à droite. Corps en antéflexion mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une petite tumeur, du volume d'un pruneau, mobile, de consistance kystique. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent l'ovaire normal. Douglas libre.

Spéculum : gros col de multipare. Un peu cyanosé.

Diagnostic : Petit kyste de l'ovaire gauche. Traitement : Opération.

On opère la malade le 5 IX. 1929. Laparatomie transversale, selon Rabin-Küstner-Pfannenstiël.

Situs : L'utérus est en légère antéflexion, un peu augmenté de volume. Partant de sa face postérieure, quelques minces brides cheminent vers le sigmoïde, vers le péritoine pariétal postérieur du petit bassin, et vers les tumeurs annexielles des deux côtés. Les annexes gauches sont prolabées dans le Douglas. Elles y sont adhérentes au feuillet postérieur et par quelques minces brides, aux sigmoïdes. La trompe gauche est épaissie, sinueuse, hyperémieée ; elle chemine

dans la profondeur où elle s'incère avec son pavillon sur un kyste ovarique bleuâtre, gros comme un œuf de poule. Le pavillon est fermé. La trompe droite chemine également dans la profondeur, en contournant l'ovaire, porteur d'un kyste comme un pruneau. La trompe est épaissie à son extrémité abdominale. Le pavillon est invisible, situé dans la profondeur, où il est adhérent à l'ovaire. Les annexes sont fixées dans le Douglas par des fines adhérences. On fait une hémisection profonde de l'ovaire droit et on constate qu'on peut conserver une bonne partie du pôle interne de l'ovaire.

Devant ce status, on a décidé de faire une opération Beuttnier.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttnier, et se compose du fond de l'utérus et des annexes.

Le fond de l'utérus mesure 3 $\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre, 2 $\frac{1}{2}$ cm. d'avant en arrière, et 2 cm. de la séreuse à la muqueuse. La séreuse est couverte d'une épaisse couche d'adhérences fibreuses.

La trompe gauche couverte d'adhérences fibreuses membrani-formes, est en tirebouchon. Le pavillon est libre; l'ostium abdominal est oblitéré.

L'ovaire gauche forme une tumeur kystique de couleur bleuâtre, à reflets nacrés, grosse comme un œuf de poule, à paroi mince, parcheminée. A la coupe, le kyste contient un liquide sirupeux de coloration brun-jaunâtre.

La trompe droite, longue de 10 cm. légèrement sinueuse est épaissie en massue, vers son bout distal, où elle a un diamètre de 9 mm. Elle est couverte d'adhérences fibreuses dans tout son parcours, y compris le pavillon, dont on ne voit que l'extrémité libre de quelques franges dépassant le niveau des adhérences.

L'ovaire droit, gros comme une noix, est riche en petits kystes.

Examen histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

- a) Muqueuse : normale.
- b) Musculature : également.
- c) Sérouse : épaissie et œdématiée.

B) TROMPE GAUCHE.

1° *Partie interstitielle.*

- a) Muqueuse : normale.
- b) Musculature : tubaire et de la corne utérine, normale.

c) Séreuse : fortement épaissie, avec adhérences, richement vascularisées et par places infiltrées de lymphocytes et de quelques rares incrustations calcaires.

2° *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : Les franges sont fortement arborescentes, l'épithélium est normal.

b) Musculature : passablement infiltrée de lymphocytes, en nappe et en nodules.

c) Séreuse : comme celle de la corne utérine.

C) OVAIRE GAUCHE.

Contient une grande quantité de petits kystes, folliculaires, atrésiques et un kyste plus volumineux, à paroi conjonctive. Son revêtement épithélial contient une substance granuleuse, fortement acidophile.

D) TROMPE DROITE.

1° *Partie interstitielle.*

Pas de changements pathologiques, sauf au niveau de la séreuse qui est épaissie, porte des adhérences fibreuses, et est infiltrée de lymphocytes ?

2° *Partie isthmique.*

Semblable à la trompe gauche.

Diagnostic : Périmétrite chronique, përisalpingite et salpingite pariétales chroniques bilatérales. Ovaire à petits kystes folliculaires atrésiques.

Cas 109. Obs. 347/29. Mme M. M.

Anamnèse : Malade âgée de 33 ans.

Elle a eu en 1918, un avortement spontané. Depuis ce moment, la malade a souvent des douleurs dans la fosse iliaque droite et a de la leucorrhée. Depuis 4 mois, les douleurs se localisent dans la région du rein droit. La leucorrhée a aussi beaucoup augmenté. La malade entre dans notre service.

Status d'entrée : 5 IX. 1929. Toucher : Col en avant de la ligne interspinale, en rétroversion, gros, dur. Corps en rétroflexion, fixé dans le Douglas, de volume un peu augmenté, dur, pas sensible. Cul-de-sacs latéraux souples et indolores. Rien aux annexes.

Spéculum : Gros col congestionné, avec des œufs de Naboth, sans érosion, ni ulcération.

Diagnostic : rétroversion-flexion fixée.

Traitement : Opération le 20 IX. 1929.

Laparatomie transversale selon Rapin-Küstner-Pfannenstiel.

Situs : L'utérus est en rétroflexion, fixés dans le Douglas, sur

tout du côté droit augmenté de volume, comme pour une grossesse de deux mois. Les deux ligaments ronds se perdent vers le Douglas dans la profondeur. Les annexes droites descendent dans la profondeur, derrière le ligament large droit, où elles sont adhérentes et le long du bord utérin. La trompe est transformée en hydrosalpinx de couleur bleuâtre, comme un gros pouce, sinueux et fortement adhérent à l'ovaire. L'ovaire est augmenté de volume, porte un corps jaune, et un petit kyste comme une noisette. La trompe gauche est épaissie, hyperémiée, sinueuse, pas adhérente.

L'ovaire gauche est adhérent au feuillet postérieur du ligament large, de volume normal. Périophorite. Devant cette situation on décidé de faire une opération Beuttner.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beuttner et se compose du fond de l'utérus, des deux trompes et d'un fragment séparé de l'ovaire droit et de l'appendice.

Le fond de l'utérus mesure $4\frac{1}{2}$ cm. d'une trompe à l'autre. 4 cm. d'avant en arrière et $2\frac{3}{4}$ du haut en bas. La séreuse porte quelques adhérences fibreuses au niveau de la corne utérine gauche.

La trompe gauche, longue de 7 cm., sinueuse, s'épaissit en massue vers le bout distal, où elle mesure 1 cm. d'épaisseur. Les franges sont soudées entre elles, mais écartées en forme de calice. L'ostium abdominal est perméable. Sur son bord supérieur, la trompe porte quelques adhérences fibreuses minces. La trompe droite, longue de 7 cm. est fortement recourbée au niveau de l'ampoule de manière à ce que les deux branches de l'*U*, ainsi formé adhèrent fortement l'une à l'autre. Comme la gauche, elle forme une massue vers le bout distal oblitéré où elle mesure 13 mm. de diamètre. Le bout utérin de la trompe manque sur la pièce.

Ovaire droit: Fragment de la grosseur d'une noisette, portant un corps jaune récent

Appendice: long de $5\frac{1}{2}$ cm. couvert d'adhérences fibreuses, d'épaisseur inégale, variant de 4 à 6 mm.

Examen histologique des organes extirpés.

A) FOND UTÉRIN (partie médiane).

a) Muqueuse: passablement épaissie avec phénomènes de congestion ou d'œdème dans le stroma. Les glandes sont nombreuses souvent dilatées et sinueuses sans invagination et très rarement avec des pseudopapilles. Leur épithélium est cylindrique bas. Dans beaucoup de glandes, la lumière est remplie de sécrétions. Au voisinage de la musculature, la couche basale contient quelques nodules lymphocytaires.

b) Musculature: fortement épaissie. Les faisceaux musculaires paraissent présenter une hypertrophie de leurs fibres. Dans les espaces interfasciculaires il y a une forte infiltration lymphocytaire, abondante surtout dans les couches superficielles du muscle utérin. La couche vasculaire est très riche en vaisseaux dont quelques-uns sont à parois très épaissies.

B) TROMPE GAUCHE

1^o *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse: normale.

b) Musculature tubaire normale. Le muscle de la corne utérine a les mêmes caractères que dans la coupe médiane de l'utérus.

c) Séreuse: épaissie, infiltrée par places de lymphocytes. Quelques adhérences à la surface.

2^o *Partie isthmique.*

a) Muqueuse: Les franges sont soudées par leur base et forment à ce niveau des pseudokystes. Le stroma de beaucoup de franges est riche en substance collagène et pauvre en cellules.

b) La paroi épaissie, présente des phénomènes d'œdème, de congestion et une légère infiltration lymphocytaire, surtout péri-vasculaire.

c) Séreuse: mince avec quelques rares adhérences fibreuses.

D) TROMPE DROITE.

1^o *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse: Franges fortement épaissies à leur base où le stroma est envahi par du tissu conjonctif, très riche en substance hyaline. Franges souvent très courtes, soudées à leur base, avec formation de pseudokystes. Dans la partie centrale, les franges sont très riches en noyaux conjonctifs et en vaisseaux dont la colonne sanguine présente une forte éosinophilie.

b et *c)* La paroi tubaire est comme à gauche.

Diagnostic: Métrite chronique.

Périsalpingite et salpingite chroniques (pseudofolliculaire) bilatérales.

Cas 110. Obs. 370/29. M. C. C.

Anamnèse: Malade âgée de 33 ans.

Dernières règles le 25 VII. 1929, normales.

Le 25 VIII. 1929, la malade a de nouveau ses règles, mais cette fois beaucoup plus faibles que d'habitude, et elles ne durent que deux jours seulement. Le lendemain elles recommencent à perdre un petit peu et depuis là elle perd tous les jours jusqu'au 21 IX. 1929.

Dans la première semaine de septembre, la malade ressent de

faibles douleurs, dans la fosse iliaque gauche, elle s'affaiblit beaucoup et pâlit peu à peu. Vers le 12 septembre, les pertes de sang augmentent et elle perd des caillots. Les douleurs augmentent aussi, et depuis une semaine elle a des douleurs périodiques, comme pour un accouchement. L'appétit a diminué, pas de nausées, ni de vomissements. Pas de douleurs brusques, ni de douleurs dans les épaules.

Status d'entrée : 21 IX. 1929. Abdomen augmenté de volume, comme pour une grossesse de six mois, ballonné et couvert de nombreuses vergetures anciennes. Dans la région sous-ombilicale, défense musculaire nette, et très sensible. Au-dessus de l'ombilic, l'abdomen souple, matité dans les flancs qui ne paraît pas se déplacer.

Toucher : Col en avant de la ligne inter-spinale en antéverson mou. Corps en antéflexion, paraît un peu augmenté de volume ; on ne sent pas le fond.

Dans le Douglas, se continuant dans le cul-de-sac latéral gauche et moins dans le droit, on sent une résistance qui bombe dans le cul-de-sac, molle et très sensible.

Spéculum : Gros col cyanosé.

Diagnostic : Grossesse extra-utérine.

Le même jour, 21 IX. 1929, à 17 heures, l'abdomen est encore plus ballonnée et très sensible. Température 38. Pouls 88, bien frappé. On fait une ponction dans le Douglas et on retire du sang. On décide immédiatement d'intervenir.

Laparatomie médiane sous-ombilicale.

Situs : L'abdomen ouverte, on constate qu'il y a des caillots de sang dans la cavité. L'utérus est augmenté de volume comme dans une grossesse de deux mois, congestionné, en antéflexion. Sur le fond utérin, surtout à droite s'insère un lambeau épiploïque qui recouvre les annexes droites auxquelles il est également adhérent.

La trompe droite, épaissie, hyperémieée, sinueuse, paraît fermée. Elle porte deux hydatides à son extrémité. L'ovaire droit est normal.

La trompe gauche, est enflée à son extrémité comme un œuf d'oie, rouge noirâtre renfermant une môle charnue. L'ovaire gauche, est adhérent à la trompe, augmenté de volume, entouré de sang coagulé, organisé.

Vu l'état des trompes, l'augmentation du volume de l'utérus, l'âge de la malade et le fait qu'elle a déjà quatre enfants, on décide de faire une opération Beutner.

Description macroscopique des organes extirpés.

La pièce provient d'une hystérectomie fundique d'après Beutner et se compose du fond de l'utérus, des annexes gauches, de la trompe droite, et de l'appendice.

Le fond de l'utérus, mesure 5 cm. d'une trompe à l'autre, 5 1/2 cm d'avant en arrière, 2 1/4 cm. de haut en bas. La séreuse est recouverte d'adhérences fibreuses épiploïques.

La trompe droite, longue de 8 cm. s'épaissit en massue vers le bout distal, où elle mesure 13 mm. de diamètre. Dans la région ampulaire, il existe derrière le pavillon, trois petits kystes séreux, reliés par des adhérences fibreuses. Le plus gros a la dimension d'une petite noisette. Le pavillon est libre. L'ostium abdominal est perméable.

La trompe gauche longue de 11 cm. forme au milieu de la région isthmique, une tumeur ovoïde de la grosseur d'un petit œuf de poule molle, fluctuante, couverte de fausses membranes fibrinoïdes. La région ampulaire, et le pavillon sont entourés de membranes épaisses, hémorragiques (hématome péritubaire). Le pavillon est en franges libres. L'ostium est largement perméable.

L'ovaire gauche, gros comme une noix, microkystique est recouvert par l'hématome péritubaire.

L'appendice long 9 1/2 cm. régulièrement cylindrique avec un diamètre de 7 mm. fermé, hyperémie, présente, à son milieu quelques adhérences fibreuses épaisses.

Examen histologique des organes extirpés.

A) UTÉRUS (partie médiane).

a) Muqueuse : fortement épaissie, 4 mm. d'épaisseur. Très riches en stroma et en glandes. Le stroma est passablement infiltré d'éléments mobiles à prédominance lymphocytaire. Elle est en outre, richement vascularisée avec vaisseaux à parois épaisses qui pénètrent jusque dans la couche fonctionnelle. Les glandes nombreuses un peu dilatées, et sinueuses, en épithélium avec de nombreux bourgeons forment des pseudopapilles. Dans la couche superficielle, les glandes sont moins nombreuses et les cellules du chorion présentent une réaction déciduale (sans former un corps, une mosaïque bien nette).

b) Musculature : Dans la couche sous-muqueuse de la musculature utérine, on retrouve la même infiltration que dans la muqueuse. Elle disparaît au fur et à mesure qu'on s'avance vers la séreuse. Les faisceaux musculaires présentent une légère hypertrophie.

c) Séreuse : Au milieu du fond utérin, normale.

B) TROMPE DROITE.

1° *Partie interstitielle.*

a) Muqueuse : l'épithélium des franges est normale.

b) Dans le chorion et la couche musculaire une large infiltration d'éléments mobiles à prédominance de lymphocytes.

Dans la musculature utérine de la corne, on trouve une hypertrophie musculaire et une infiltration plus marquée.

c) Séreuse : fortement épaissie, couverte par places d'adhérences, présente par endroits, une réaction déciduale nette, surtout au niveau des adhérences.

Il existe une très riche vascularisation à vaisseaux bourrés de globules rouges et une forte infiltration d'éléments mobiles, à prédominance de polynucléaires. Les franges sont libres

b) et c) Paroi et séreuse comme dans la partie interstitielle.

C) TROMPE GAUCHE.

1^o *Partie inierstitielle.*

a) et b) Muqueuse et Musculature : comme du côté opposé. Le muscle de la corne utérine également.

c) Séreuse : épaissie et fortement infiltrée d'éléments mobiles à prédominance de lymphocytes. Elle est couverte d'une couche assez épaisse de fausses-membranes fibrineuses.

2^o *Partie isthmique.*

a) Muqueuse : La lumière est très élargie et remplie par un caillot rouge, contenant de l'hématoïdine. Les franges sont aplaties contre la paroi.

b) Musculature : Hypertrophiée, présente des phénomènes d'œdème et de congestion et passablement infiltrée d'éléments mobiles.

c) Séreuse : légèrement épaissie et couverte par places de membranes fibrineuses, présente de nombreux îlots de cellules déciduales.

D) OVAIRE GAUCHE.

L'albuginée est par places épaissie et couverte d'adhérences fibreuses. Elle contient quelques îlots de cellules déciduales. Dans le parenchyme ovarique, on trouve des phénomènes de congestion.

Diagnostic: hyperplasie diffuse de la muqueuse utérine, Hypertrophie gravidique de l'utérus. Pèrimétrie et métrites chroniques. Péri-salpingite et salpingites bilatérales. Grossesse tubaire isthmique gauche.

Tableau analytique des 10 cas discutés.

N° du cas	N° de l'obs.	Age	Diagnostic clinique	Indications opératoires l'abdomen ouvert. Situs.	Organes extirpés à part le fond de l'utérus	Diagnostic anatomo-pathologique	Appar. d. règles après l'opérat.
101	41/29	31	Annexite ou kyste d. l'ovaire droit.	Salpingite chronique gauche et droite	Les deux trompes	Périsalpingite chronique bilatérale. Endosalpingite et salpingite pariétale chronique, avec poussée aiguë bilatérale. Endosalpingite purulente à droite.	Oui
102	134/29	19	Kyste de l'ovaire droit	Salping. tubercul. bilat. Kyste intralig. dr. Périton. tuberc.	Trompe g. Ann. dr.	Péritonite, salpingite et périsalpingite bilatérale et métrite tuberculeuse.	Oui
103	89/29	29	Annexite bilatérale	Salpingite droite. Tumeur annexielle gauche	Trompe droite. Annexes gauches.	Endométrite interstitielle métrite chronique. Salpingite et périsalpingite chroniques gauches avec poussée aiguë purulente. Oophorite chron. partielle avec poussée aiguë. Salpingite et périsalpingite chronique droite.	Pas de réponse
104	144/28	21	Annexite bilatérale	Utérus en rétroversion. Annexite gauche. Salpingite droite chronique.	Trompe droite. Annexes gauches.	Endométrite et métrite chron. av. tuberculose utérine. Périsalpingite, salpingite et périooophorite chron. gauche av. tuberculose salpingienne. Périsalpingite, salpingite chron. dr. avec poussée aiguë purulents. Périooophorite et kyste du corps jaune droit.	Oui
105	195/29	33	Annexite gauche	Utérus en rétroflexion. Salpingite chron. gauche. Annexite chron. dr.	Trompe g. Annexes droites.	Périmétrite chronique Périsalpingite bilatérale et périooophorite droite chroniques.	Oui
106	229/20	30	Kyste de l'ovaire droit intra-ligamentaire ou hémato-cèle	Utérus sinistroposé Hydrosalpinx g. Grossesse isthmique av. hématome péritubaire droit.	Trompe gauche. Annexes droites.	Périmétrite chronique. Salpingite, endosalpingite et périsalpingite chron. bilatérales. Grossesse isthmique et avortement tubaire droit. Ancien hématome péritubaire.	Oui
107	306/29	32	Utérus hypoplasique Kyste de l'ovaire dr. prolabe d. le Douglas	Salpingite chron. gauche. Annexite chron. dr. Kyste retroligamentaire de l'ovaire dr.	Trompe gauche. Annexes droites.	Périsalpingite et salpingite chroniques bilatérales Périooophorite et kyste du corps jaune de l'ovaire droit.	Oui
108	346/29	29	Petit kyste de l'ovaire gauche	Salpingite et kyste de l'ovaire gauche. Salpingite droite.	Trompe droite. Annexes gauches.	Périmétrite chronique. Périsalpingite et salpingite pariétale chronique bilatérale. Ovaires à petits kystes folliculaires atresiques.	Non
109	347/29	36	Rétroversion, rétroflexion fixée	Utérus en rétrofl. fixée. Hydrosalpinx dr. Kyste d. l'ov. dr. Salpingite et périsalpingite chron. g.	Trompe dr. une partie ovaire dr. Trompe g.	Métrite chronique Périsalpingite et salpingite chroniques bilatérales	Oui
110	370/20	33	Grossesse extra-utérine	Salpingite chronique droite. Annexite chronique gauche avec grossesse extra-utérine.	Trompe droite. Annexes gauches	Hyperplasie diffuse de la muqueuse utérine. Hypertrophie gravidique de l'utérus. Périmétrie et métrite chronique. Périsalpingite et salpingite bilatérales. Grossesse tubaire gauche.	Morte 4 jours après l'opér.

DISCUSSION

De l'étude de ces 10 cas opérés à la Clinique gynécologique de Genève, nous pouvons constater tout d'abord, que les conditions et les indications pour l'hystérectomique fundique de Beuttner, ont toujours été nettement posées.

Toutes les maladees traitées étaient relativement jeunes (entre 19 et 36 ans).

L'indication du procédé opératoire était posé dans le premier temps de l'opération, après avoir fait un situs avec beaucoup de précision.

Les indications cliniques n'ont pas toujours été une base suffisante pour déterminer ce procédé. Sur les 10 cas suivis et traités, ce n'est en effet que dans deux cas seulement (le cas 103 et 104) qu'on a pu constater cliniquement la bilatéralité de l'infection et prévoir le mode de l'intervention.

Dans les 10 cas opérés, on a extirpé, à part le fond utérin, les deux trompes, macroscopiquement malades, les parties lésées de l'ovaire, et on conservait toujours du tissu ovarique sain.

L'examen histologique des organes extirpés, dans les 10 cas opérés, a montré que huit cas présentaient une lésion histo-pathologique au moins d'une des couches (muqueuse, musculature, séreuse) du fond utérin extirpé ou des cornes utérines, et que seulement dans deux cas, le fond utérin était histologiquement normal (101-107). Il a toujours été constaté une infection bilatérale des trompes.

Nous avons pu suivre ces 10 malades et encore constaté que les sept cas (101, 102, 104, 105, 106, 107, 109) se portent tout-à-fait bien et ont vu reparaître leurs règles normales et régulières depuis l'intervention.

Le cas 103 n'a pas pu être suivi.

Le cas 108 qui se porte très bien n'a pas eu ses règles jusqu'à présent.

Le cas 110 a fait exitus le quatrième jour des suites opératoires.

Dans les 10 cas, la technique a été appliquée suivant les principes de la clinique.

CONCLUSION

Pour le traitement d'une affection annexielle chronique bilatérale, chez une femme relativement jeune, après avoir échoué avec toutes les méthodes conservatrices, il faut choisir l'intervention qui permet d'enlever toutes les parties lésées des organes malades et assurer la menstruation. Dans ce but *l'hystérectomie fundique de Beuttner*, se prête le mieux car tout en étant radicale, conserve le fonctionnement physiologique des organes génitaux de la femme.
